



**Universidad Nacional Mayor de San Marcos**

**Universidad del Perú. Decana de América**

Dirección General de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

**Diagnóstico multiaxial en la atención  
integral de salud**

**TESIS**

Para optar el Grado Académico de Doctor en Medicina

**AUTOR**

Ana María LLANOS ALVARADO

**ASESOR**

Dr. Lorenzo BARAHONA MEZA

Lima, Perú

2019



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

## HOJA DE METADATOS COMPLEMENTARIOS

Código ORCID del autor	0000-0001-9885-0537
DNI o pasaporte del autor	07336101
Código ORCID del asesor	0000-0001-7288-5491
DNI o pasaporte del asesor	08236650
Grupo de investigación	“__”
Agencia financiadora	“__”
Ubicación geográfica donde se desarrolló la investigación	Perú, Lima, Lima, La Victoria, Av. Grau 800 -12.0595699+- 77.02236858744348/@12.0595699,- 77.02236858744348,17z
Disciplinas OCDE	Medicina general, Medicina interna <a href="http://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.27">http://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.27</a>  Psiquiatría <a href="http://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.24">http://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.02.24</a>

Nota: tomar en cuenta la forma de llenado según las precisiones colocas en la web.

[https://sisbib.unmsm.edu.pe/archivos/documentos/recepcion\\_investigacion/Hoja%20de%20metadatos%20complementarios\\_30junio.pdf](https://sisbib.unmsm.edu.pe/archivos/documentos/recepcion_investigacion/Hoja%20de%20metadatos%20complementarios_30junio.pdf)

## **Referencia bibliográfica**

---

Llanos A. Diagnóstico multiaxial en la atención integral de salud [Trabajo de Investigación]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2019.

---



**Universidad Nacional Mayor de San Marcos**  
 Universidad del Perú, DECANA DE AMÉRICA  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**VICEDECANATO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO**  
**SECCIÓN DOCTORAL**



## ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE DOCTOR

En la ciudad de Lima, a los diecinueve días del mes de diciembre del año dos mil diecinueve siendo las **12.00 m**, ante el Jurado de Sustentación, bajo la Presidencia del Dr. **DR. HERMAN VILDOZOLA GONZÁLES** y los Miembros del mismo, los Doctores:

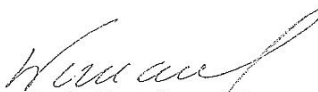
➤ <b>DR. HERMAN VILDOZOLA GONZALES</b>	<b>PRESIDENTE</b>
➤ <b>DR. EDUARDO ROMULO TICONA CHAVEZ</b>	<b>MIEMBRO</b>
➤ <b>DRA. ALICIA JESÚS FERNÁNDEZ GIUSTI</b>	<b>MIEMBRO</b>
➤ <b>DRA. AURORA VILLAR CHAMORRO</b>	<b>MIEMBRO</b>
➤ <b>DR. LORENZO BARAHONA MEZA</b>	<b>ASESOR</b>

El postulante al Grado de Doctor es Mg. EN MEDICINA, doña **ANA MARÍA LLANOS ALVARADO** procedió a hacer la exposición y defensa pública de su Tesis titulada: **"DIAGNÓSTICO MULTIAXIAL EN LA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD"**, para optar el grado Académico de Doctor.

Concluida la exposición, se procedió a la evaluación correspondiente, después de la cual obtuvo la siguiente calificación **"C" BUENO 15 (QUINCE)** a continuación, el Presidente del Jurado recomienda que la Facultad de Medicina, proponga que se le otorgue a la Magister **ANA MARÍA LLANOS ALVARADO**, el Grado Académico de **DOCTOR MEDICINA**.

Se expide la presente Acta en seis originales y siendo las 1:00 pm. se da por concluido el acto académico de sustentación.

  
**DR. EDUARDO ROMULO TICONA CHÁVEZ**  
 MIEMBRO DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN

  
**DRA. ALICIA JESÚS FERNÁNDEZ GIUSTI**  
 MIEMBRO DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN

  
**DRA. AURORA VILLAR CHAMORRO**  
 MIEMBRO DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN

  
**DR. LORENZO BARAHONA MEZA**  
 ASESOR DE LA TESIS

  
**DR. HERMAN VILDOZOLA GONZÁLES**  
 PRESIDENTE DEL JURADO DE SUSTENTACIÓN

**MI AGRADECIMIENTO POR SU VALIOSO APORTE  
A TODOS LOS QUE CONTRIBUYERON A LA REALIZACIÓN DEL  
PRESENTE TRABAJO:**

**Dr. LORENZO BARAHONA MEZA**

**DR. ALEJANDRO BARTURÉN DÁVILA**

**DR. JUAN ENRIQUE MEZZICH**

**DR. JUAN CARLOS OCAMPO**

**ING. EDITH ALARCÓN MATUTTI**

## INDICE GENERAL

	PÁG.
<b>Lista de cuadros .....</b>	<b>VI</b>
<b>Resumen.....</b>	<b>VII</b>
<b>Abstract .....</b>	<b>VIII</b>
<b>CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN</b>	
1.1 Situación Problemática .....	1
1.2 Formulación del problema .....	3
1.3 Justificación teórica .....	4
1.4 Justificación práctica .....	5
1.5 Objetivos .....	6
1.5.1 Objetivo general .....	6
1.5.2 Objetivos específicos .....	6
<b>CAPÍTULO 2: MARCO TEÓRICO</b>	
2.1 Marco epistemológico de la investigación .....	8
2.2 Antecedentes de investigación .....	9
2.3 Bases teóricas .....	13
<b>CAPÍTULO 3: METODOLOGÍA</b>	
3.1 Tipo y Diseño de la Investigación .....	20
3.2 Unidad de análisis.....	20
3.3 Variables .....	20
3.4 Población de estudio.....	21
3.5 Tamaño de la muestra .....	21
3.6 Selección de la muestra.....	21
3.7 Técnica de recolección de Datos .....	22

3.8 Análisis e interpretación de la información.....	23
3.9 Consideraciones éticas .....	23

#### **CAPÍTULO 4: RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

4.1 Análisis, Interpretación y discusión de resultados.....	24
4.2 Prueba de Hipótesis.....	24
4.3 Presentación de resultados.....	25
4.4 Discusión .....	37

#### **CAPÍTULO 5: IMPACTOS**

Conclusiones .....	45
Recomendaciones .....	47

<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>48</b>
-----------------------------------------	-----------

#### **ANEXOS**

1. Fórmula para el cálculo del tamaño de la muestra .....	54
2. Estructura de la Historia Clínica (Componentes Psicosociales).....	55
3. Formato del Diagnóstico multiaxial .....	56
4. Modelo del Consentimiento Informado .....	57



## LISTA DE CUADROS

- Cuadro 1. Distribución de pacientes según la edad
- Cuadro 2. Distribución de pacientes según el sexo
- Cuadro 3. Distribución de pacientes según el estado civil
- Cuadro 4. Distribución de pacientes según el lugar de nacimiento
- Cuadro 5. Distribución de pacientes según el lugar de residencia
- Cuadro 6. Distribución de pacientes según el nivel de instrucción
- Cuadro 7. Distribución de pacientes según la ocupación
- Cuadro 8. Tiempo de enfermedad médica
- Cuadro 9. Tiempo de enfermedad mental
- Cuadro 10. Formulación diagnóstica según el modelo multiaxial - Eje I
- Cuadro 11. Diagnóstico de la patología biomédica
- Cuadro 12. Diagnóstico del trastorno mental
- Cuadro 13. Nivel del compromiso funcional - Eje II
- Cuadro 14. Áreas del compromiso funcional
- Cuadro 15. Factores que influyen en el estado de salud - Eje III

## RESUMEN

**Introducción:** El Ministerio de Salud, al identificar la problemática de la salud de la población, señala que existen deficiencias en la calidad de las prestaciones que son posibles de relacionar con la práctica actual de la medicina, que prioriza el componente biológico de la salud, sin considerar los aspectos psicosociales, a pesar de ser reconocida la necesidad de aplicar un enfoque integral en la atención médica. Al respecto, la OMS, para sistematizar y obtener la mayor utilidad de la información clínica sobre las condiciones biopsicosociales del paciente, ha desarrollado el Diagnóstico Multiaxial, integrado a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10), que sistematiza la información en tres ejes: los diagnósticos clínicos que incluyen las enfermedades médicas y los trastornos mentales, las discapacidades como consecuencia de la enfermedad, y los factores sociales y circunstanciales que influyen en el estado de salud. **Objetivo:** registrar mediante la aplicación del modelo de diagnóstico multiaxial de la CIE 10, además de la enfermedad biomédica motivo de la hospitalización, la presencia de patología mental, de limitaciones funcionales como consecuencia de la enfermedad y de factores sociales y circunstanciales que influyen en la salud, en el 30% o más de los pacientes hospitalizados en un Servicio de Medicina del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen - EsSalud. **Metodología:** estudio descriptivo, observacional y transversal realizado en una muestra de pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna N°1, del Hospital Nacional Guillermo Almenara, en el período comprendido entre el 1° de agosto de 2014 y el 31 de octubre de 2014. Para la interpretación de las variables se usaron distribuciones de frecuencia absoluta y relativa (%). **Resultados:** el 51.5% de los pacientes seleccionados presentaban trastornos mentales, el 97% compromiso funcional como consecuencia de la enfermedad y el 87.9% factores sociales y circunstanciales que afectan el estado de salud. **Conclusión:** Mediante la aplicación del modelo de diagnóstico multiaxial, ha sido posible registrar además de la patología biomédica, la presencia de patología mental, de limitaciones funcionales como consecuencia de la enfermedad y de factores sociales y circunstanciales que influyen en la salud, en más del 30% de los pacientes hospitalizados en un Servicio de Medicina del Hospital Guillermo Almenara. **Palabras Clave:** Diagnóstico multiaxial. Atención integral de salud.

## ABSTRACT

**Introduction:** The Ministry of Health, when identifying the population's health problem, points out that there are deficiencies in the quality of benefits health care services, which are possible to relate to the current practice of medicine that prioritizes the biological health component, **despite the recognition of the need to apply an integral approach in medical care with a comprehensive view of the psychosocial constituents.** In this regard, in order to systematize and obtain the greatest utility of clinical information on the patient's biopsychosocial conditions, the WHO has developed the Multiaxial Diagnosis, integrated into the International Classification of Diseases (ICD 10), which systematizes the information in three axes: clinical diagnosis that include medical illnesses and mental disorders, disabilities as a result of the disease, and social and circumstantial factors that influence health status. **Objective:** **to register by applying the multiaxial diagnostic scheme, that in addition to the physical pathology resulting in their hospitalization, 30% or more of patients hospitalized in a Medicine Service of the Guillermo Almenara Irigoyen National Hospital-EsSalud present mental pathology, disabilities due to the disease and social and circumstantial factors that influence the health status.**

**Methodology:** descriptive, observational and cross-sectional study carried out on a sample of patients hospitalized in the Medicine Service 1, of the Guillermo Almenara Hospital - EsSalud in the period between August 1, 2014 and October 31, 2014. Absolute and relative frequency distributions (%) were used to interpret the variables. **Results:** 51.5% of the selected patients had mental disorders, 97% functional compromise as a result of the disease and 87.9% social and circumstantial factors that affect the state of health. **Conclusion:** **By applying the multiaxial diagnostic scheme, it's possible to register that in addition to the physical pathology resulting in their hospitalization, the patients hospitalized in a Medicine Service of the Guillermo Almenara Hospital-EsSalud, present mental pathology, disabilities due to the disease and social and circumstantial factors that influence the health status.**

**Key words:** Multiaxial diagnostic. Integral approach in medical care.

## **CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN**

### **1.1 Situación Problemática**

El Ministerio de Salud (MINSA), al fijar los objetivos y metas de salud en el mediano y corto plazo para el 2007-2020 destaca entre sus principios rectores, la integralidad: “el Estado asume que la situación de salud de las personas es consecuencia de su carácter multidimensional y biopsicosocial...” Sobre la situación de salud y sus principales problemas sanitarios, identifica la deficiente salud mental de la población y entre los problemas de los determinantes, las condiciones de tipo socioeconómico, cultural y medioambiental. Señala que existe un problema serio en la calidad de la prestación y la eficiencia de los servicios, debido a que se fracciona el enfoque de la salud y se da prioridad al componente biológico, con la reducción consiguiente de las posibilidades de una atención integral, más eficiente y de mayor impacto (MINSA, 2007). Al respecto, la Organización Panamericana de Salud (OPS) destaca, que la carga impuesta a la salud por la patología mental y social es enorme, pero generalmente se excluyen de las evaluaciones y con frecuencia las defunciones suelen atribuirse a su causa inmediata, a pesar de que la patología causal primaria corresponda a un trastorno mental, como en los casos de caquexia y descompensación hidroelectrolítica a consecuencia de la anorexia nerviosa (Desjarlais, Leon, Byron y Kleinman, 1997). El objetivo de los sistemas de salud es reducir el número de fallecimientos, con la tendencia a desconocer la importancia de la patología mental y los problemas sociales que comprometen seriamente la calidad de vida, el funcionamiento personal y los apreciables costos económicos

que ocasionan. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social sin priorizar ninguno de ellos, sin embargo, la práctica actual de la medicina se basa fundamentalmente en la atención del componente físico dejando de considerar lo mental y lo social, a pesar que es reconocida y aceptada la necesidad de aplicar el enfoque biopsicosocial en la atención médica y que las prestaciones de salud deben ser administradas con una visión integral del individuo y la comunidad. (Rodríguez, J. 2009)

En nuestro medio, de acuerdo a información existente, más de un tercio de la población (37.3%), ha presentado alguna vez en su vida algún trastorno mental (Defensoría del Pueblo, 2010). Las enfermedades mentales constituyen un enorme problema de salud en el mundo, siendo los trastornos depresivos los más frecuentes (OMS, 2001). Estudios epidemiológicos a nivel internacional señalan una prevalencia de vida de los trastornos mentales del 32,2%. (Sadock y Sadock, 2007). En cinco de los países donde se realizó la Encuesta Mundial de la Salud: Colombia, Francia, Nueva Zelanda, Ucrania y Estados Unidos, se ha observado que más de un tercio de los entrevistados habían presentado un trastorno mental durante su vida, pero la mayoría de ellos no habían recibido tratamiento incluso entre uno a dos tercios de los casos que presentaban seria discapacidad. (Wang, P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., Schoenbaum, M., y Ustun, T., 2012). En el Perú, de acuerdo a los resultados del Estudio Epidemiológico de Salud Mental, se encontró que en Lima, del total de la población que presentó problemas de salud mental sólo el 23,6% acudió a los Servicios de Salud, que en la Sierra el acceso fue del 13.9% y en la Selva de 14,3%. (Instituto Nacional de Salud Mental, 2009)

Generalmente, en la Historia Clínica (HC) que se realiza a los pacientes con patología biomédica, no existe el registro del diagnóstico sobre los hallazgos de los componentes mental y social, situación que genera un abordaje incompleto de su problemática de salud. Los problemas de salud mental y los nexos entre los aspectos sociales son complejos y variados por lo que no son considerados en el diagnóstico ni en el planteamiento terapéutico en la HC,

además, los médicos no psiquiatras tienen dificultades para abordar y manejar adecuadamente los aspectos sociales y los trastornos mentales más frecuentes, sin tener presente que las manifestaciones clínicas de cualquier dolencia en un paciente, son el producto de la interacción de factores físicos, psicológicos y sociales que deben ser considerados para un abordaje terapéutico eficaz (Campo, A. 2003). La formación del personal y en particular de los médicos, se orienta básicamente al manejo del componente biológico, sin considerar al paciente como persona integrada a la sociedad, lo que sumado a la limitación del tiempo en la atención médica impuesta por algunos sistemas de salud, induce a desplazar la atención de la salud mental a la consulta especializada o al modelo centrado en el hospital psiquiátrico, desconociéndose la importancia del enfoque integral en la atención de la salud desde el primer nivel de atención. (Bojórquez, G., et al. 2012).

Por lo general no se establecen modelos de diagnóstico como los desarrollados por la OMS, que propone la implementación del modelo multiaxial, integrado a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) con el objetivo de sistematizar y obtener la mayor utilidad de la información clínica sobre las condiciones biopsicosociales del paciente (OMS,1992) y aplicable a todas las ramas de la medicina (Mezzich, Zapata y Schwartz, 1995). El diagnóstico multiaxial sistematiza la información obtenida del paciente en tres ejes: en el primero, los diagnósticos clínicos que incluyen las enfermedades médicas y los trastornos mentales, en el segundo, las discapacidades como consecuencia de la enfermedad, y en el tercero, los factores sociales.

En el presente estudio, con la implementación del diagnóstico multiaxial, aplicado a los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna N° 1 del Hospital Guillermo Almenara, se pretende demostrar que es posible que se reconozcan y registren además del componente biológico, los componentes mental y social presentes en la enfermedad y se cumpla con la aplicación de un enfoque integral de la salud.

## 1.2 Formulación del problema

¿Existe la posibilidad de registrar mediante la aplicación del modelo de diagnóstico multiaxial, además de la enfermedad biomédica motivo de la hospitalización, la presencia de patología mental, limitaciones funcionales como consecuencia de la enfermedad y factores sociales que influyen en la salud, en los pacientes hospitalizados en un Servicio de Medicina, del Hospital Guillermo Almenara?

## 1.3 Justificación teórica

Se reconoce que el principal objetivo de la entrevista médica, con la que se inicia la relación médico paciente, es la formulación diagnóstica, que a su vez conduce a la implementación del plan terapéutico que permite la solución del problema de salud del paciente. (Lain Entralgo.1986)

Dada su importancia, la estructura de la formulación del diagnóstico ha experimentado substanciales cambios a través del tiempo y en la actualidad de acuerdo a lo propuesto por la OMS está relacionada a las innovaciones de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10), que identifica el universo de los problemas de salud, los codifica para su utilización práctica y su procesamiento informático de una manera internacionalmente comparable. El modelo de diagnóstico multiaxial propuesto por la OMS se ha convertido en una de las referencias metodológicas principales de los sistemas diagnósticos modernos, en la medida que al organizar los resultados de la evaluación del paciente en tres ejes de diagnóstico, registra los componentes biomédicos, psicológicos y sociales detectados, información que se constituye en un recurso a considerar, a fin de alcanzar la integralidad en el enfoque de la salud, principio rector propuesto por el Ministerio de Salud, y lograr de esta manera el fortalecimiento del desarrollo de la atención integral de salud.

En el presente trabajo, de acuerdo a lo propuesto por la OMS y a los objetivos del Plan Nacional de Salud, se aplica la formulación de un diagnóstico multiaxial esperando demostrar y registrar la presencia de los componentes biológicos, psicológicos y sociales que comprometen la salud de los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna N° 1 del Hospital Nacional Guillermo Almenara.

#### **1.4 Justificación práctica**

Estudios epidemiológicos han demostrado que por lo menos una quinta parte de pacientes que acuden a los servicios generales de salud presentan fundamentalmente trastornos psicosomáticos y una población mayor presentan problemas somáticos y psicosociales y que generalmente los médicos no psiquiatras muchas veces no están capacitados suficientemente para reconocerlos y tratarlos (OPS, 2001). El desarrollo tecnológico que caracteriza a la medicina del siglo XX y XXI, que ha alcanzado niveles elevados de costos y de sofisticación científico-técnica en los sistemas sanitarios, no se ha visto reflejado en forma proporcionalmente favorable en el nivel de salud de la población atendida. Para que el sistema sanitario responda de manera más eficiente, se propone reflexionar sobre el papel que desempeñan en la salud diversos factores en donde fuerzas biológicas, condiciones sociales, psicológicas y enfermedades están estrechamente relacionadas (Sinche-Espinal, A., 2017). Existen enfermedades donde se hace evidente que factores sociales están presentes en su iniciación y curso, como en el caso de la desnutrición en la infancia que puede generar trastornos en el desarrollo neurológico y el cociente intelectual (Mardomingo, M., 2015). La depresión suele manifestarse con síntomas emocionales y somáticos, y cuando se presenta con síntomas físicos no es fácilmente reconocida por el profesional de la salud, lo que conduce a la postergación del tratamiento correspondiente, e induce a un aumento de los costos para el sistema de atención.

Se espera que los resultados del presente estudio permitan fundamentar la importancia de implementar una formulación diagnóstica multiaxial, que



conduzca a la aplicación de un plan terapéutico integral a través de un trabajo en equipo, con participación multidisciplinaria e intersectorial, a fin de lograr mayor eficacia en la recuperación de la salud y en la satisfacción de la población.

## **1.5 Objetivos**

### **1.5.1 Objetivo general**

Registrar mediante la aplicación del modelo de diagnóstico multiaxial de la CIE 10, además de la enfermedad biomédica motivo de la hospitalización, la presencia de patología mental, de limitaciones funcionales como consecuencia de la enfermedad y de factores sociales y circunstanciales que influyen en la salud, en el 30% o más) de los pacientes hospitalizados en un Servicio de Medicina del Hospital Guillermo Almenara - EsSalud.

### **1.5.2 Objetivos específicos**

- Registrar la presencia de patología mental, en la formulación diagnóstica según el modelo de diagnóstico multiaxial de la CIE 10, en el 30% o más de los pacientes hospitalizados en un Servicio de Medicina del Hospital Guillermo Almenara.
- Registrar la presencia de limitaciones funcionales como consecuencia de la enfermedad, en la formulación diagnóstica según el modelo de diagnóstico multiaxial de la CIE 10, en los pacientes hospitalizados en un Servicio de Medicina del Hospital Guillermo Almenara
- Registrar la existencia de factores sociales y circunstanciales que influyen en la salud, en la formulación diagnóstica según el modelo de diagnóstico multiaxial de la CIE 10, en los pacientes hospitalizados en un Servicio de Medicina del Hospital Guillermo Almenara

## **CAPITULO 2: MARCO TEORICO**

### **2.1. Marco epistemológico de la investigación**

El conocimiento científico se fundamenta en el establecimiento de relaciones universales entre un conjunto de fenómenos que están vinculados y de los cuales pueden obtenerse predicciones probables empíricamente determinables. (Majluf, 1973)

Cuando se trata de la atención médica, son parte de los fenómenos a considerar en el proceso del conocimiento de la salud, los factores psicosociales que ejercen una influencia tanto positiva como negativa en la experiencia de enfermar. Al vincularse los aspectos psicológicos y los determinantes sociales con la patología, se hace evidente que interactúan intensificando sus efectos y creando la necesidad de adoptar un enfoque integral en la atención de salud con el objetivo de actuar en forma eficaz, oportuna y responsable

Al limitarse el conocimiento del paciente solamente a los factores biológicos, se tiende a constituir una peligrosa tendencia que limita la formulación del diagnóstico y excluye el verdadero tratamiento causal para la mayoría de enfermedades (OMS 2008). Desde la Declaración de Alma Ata que destaca la estrategia social de atención para alcanzar salud, se reconoce que los determinantes sociales influyen en generar las condiciones de bienestar de las personas y en cuanto a los aspectos psicológicos y las enfermedades mentales que en forma lamentable tienden a incrementarse progresivamente, significan una carga de sufrimiento que inciden en el bienestar y en la

capacidad de las personas para enfrentar sus problemas relacionados a la salud (Yépez, 1994)

En consecuencia, como parte de la evaluación para la formulación del diagnóstico y la adopción de plan terapéutico, tendrá una influencia significativa la manera cómo el clínico responde a las manifestaciones expresivas que le proporciona el paciente sobre su enfermedad médica, la posible presencia de enfermedad mental y la existencia de determinantes sociales.

## **2.2 Antecedentes de investigación**

La historia de la medicina muestra diversas modificaciones en la concepción de la influencia de los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de la enfermedad con un enfoque que progresivamente se ha orientado hacia la interacción de lo somático, lo psíquico y lo social en la presentación y el curso de las enfermedades. En la época actual existe la convicción de que los factores psicológicos y sociales influyen en el desarrollo de todas las enfermedades, se ha demostrado que los trastornos psiquiátricos afectan a todas las sociedades y son causa de sufrimiento, discapacidad y pérdida de recursos de la comunidad, y que la salud está relacionada al bienestar económico y político y con frecuencia está vinculada al ambiente en el que vive el individuo y a los recursos que dispone (Desjarlais, et al., 1997) Lamentablemente la mayor parte de investigaciones se han centrado en los aspectos biológicos de las enfermedades descuidando los factores mentales, sociales y culturales, cuyo estudio es de suma importancia para la comprensión del ser humano en su condición de paciente y para la aplicación de un enfoque integral que pueda brindarle un tratamiento eficiente que satisfaga sus expectativas sobre la recuperación de su salud.

Se citan a continuación algunos estudios de investigación que se han realizado en nuestro medio y a nivel internacional sobre la presencia de trastornos mentales y factores sociales en pacientes que se atienden en diferentes Servicios de Hospitales Generales:

- (Aranda, 2018) Estudia la presencia de depresión en 120 pacientes pediátricos hospitalizados, mayores de 7 años y 240 cuidadores primarios de niños hospitalizados en el Instituto Nacional de Salud del Niño. Los resultados revelan que hasta un 60% de pacientes pediátricos sufre algún grado de depresión durante su hospitalización y que la depresión severa alcanza el 12,5% y está asociada a alta morbilidad. En cuanto a los cuidadores primarios, a través de la aplicación del test de Golberg, el 87.5% presentan puntajes sugerentes de depresión y/o ansiedad. No encuentra asociación con el tiempo de estancia hospitalaria entre los casos de depresión tanto en los pacientes pediátricos hospitalizados, como en los cuidadores primarios.
- (Bello y Lizárraga, 2016) en un trabajo de investigación realizado con el objetivo de hallar la frecuencia de depresión mayor subdiagnosticada y factores relacionados, en 300 pacientes hospitalizados en los Servicios de Medicina y los Servicios de Cirugía de los hospitales Cayetano Heredia y Arzobispo Loayza, obtuvieron como resultados que el 20.3% de los pacientes evaluados, presentaban depresión subdiagnosticada y que se registraba una asociación estadística entre depresión mayor y la variable "sede hospitalaria".
- (García, 2015) En un estudio para determinar la prevalencia, el nivel de depresión y la relación de algunos factores con la depresión en pacientes geriátricos hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna del Hospital Regional Honorio Delgado-Arequipa, encontró en 96 adultos mayores, de 60 años o más, una prevalencia de depresión del 61.5% y de ellos, el 55.2% presentaban depresión moderada y depresión severa el 6.3%; así mismo se determinó que no existía relación estadística significativa con las variables edad, estado civil y situación familiar.

- (Quequezana, 2015) Encontró en una muestra de 41 pacientes, 19 mujeres y 22 varones, la presencia de depresión y ansiedad en el 53% de los que presentaban fracturas de miembro superior, en el 39% de los afectados del miembro inferior y en el 7% de los lesionados de cadera, en el Hospital Goyeneche-Arequipa. En cuanto a la edad, la mayoría de los pacientes se encontraban entre los 57 y 67 años, según el sexo, el 87% correspondía al sexo femenino y se registró que no existía relación estadística entre la patología mental con el tipo de diagnóstico de la fractura.
- (García, 2014) en un estudio sobre la prevalencia de Episodio Depresivo Mayor en pacientes del Servicio de Medicina del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, reporta el 11.11% de Episodio Depresivo Mayor en una muestra de 144 pacientes hospitalizados, a quienes se le aplicó el MINI International Neuropsychiatric Interview para la precisión del diagnóstico. Los diagnósticos médicos más frecuentes fueron: Diabetes mellitus, hipertensión arterial, insuficiencia renal crónica y litiasis biliar.
- (Ornelas-Mejorada, Tufiño y Sánchez, 2011) Estudiaron 203 mujeres con cáncer de mama en tratamiento con radioterapia, con el objetivo de señalar la prevalencia de ansiedad y depresión que presentaban y analizar los efectos y las diferencias de variables clínicas y sociodemográficas. Encontraron una prevalencia de ansiedad del 27% y de depresión del 28%. En las pacientes con depresión, se encontró una relación significativa con el menor grado de instrucción y con la ocupación de ama de casa y fueron notablemente mayores los efectos secundarios más frecuentes, como el dolor en la zona radiada, náusea, vómito, cansancio, irritación y descamación en la piel. La edad, la condición de contar con pareja, y el tiempo de tratamiento, no mostraron influencia tanto en los casos de ansiedad como en los de depresión.

- (Campos, Sotolongo y López, 2010) Describen los resultados de un estudio realizado en 115 pacientes ingresados con afecciones reumatológicas en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico “10 de Octubre”, de la Facultad de Medicina de Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba. En la muestra integrada en su totalidad por pacientes del sexo femenino con diagnósticos de lupus eritematoso sistémico, fibromialgia y artritis reumatoide, se encontró que los diagnósticos psiquiátricos más frecuentes en forma global según la CIE-10 fueron el Episodio depresivo en el 42,6%, el Trastorno de la personalidad en el 33,04% y el Trastorno no orgánico del ciclo del sueño vigilia en el 23,4 %. Señalan además, que los resultados coinciden con los reportados por varios autores que plantean que la depresión está presente entre el 40% y el 50% de los pacientes que padecen estas enfermedades, y en particular en los enfermos con lupus eritematoso sistémico y artritis reumatoide.
- (Revuelta, Segura y Paulino, 2010) Los autores realizan una revisión bibliográfica de los estudios que intentan explicar la asociación entre la fibromialgia y los trastornos psiquiátricos. Describen la fibromialgia como un síndrome altamente complejo y su asociación con trastornos psiquiátricos con una prevalencia significativamente mayor que en el resto de la población, señalando que la depresión se presenta en el 68% de pacientes diagnosticados de fibromialgia y que diversos cuadros de ansiedad se presentan en el 42%. Concluyen que la patología mental determina que el paciente presente marcado compromiso de su capacidad para enfrentarse ante diversas situaciones de la vida cotidiana, lo que empeora su condición dolorosa e influye negativamente en la evolución de la enfermedad.
- (Valle, 2006) en un trabajo sobre sintomatología depresiva y calidad de vida en pacientes con cáncer de mama que acudieron para tratamiento con quimioterapia, al Servicio de Oncología del Hospital Arzobispo Loayza, encontraron aplicando el inventario de depresión de Beck, que el 38 % de la muestra presentaba sintomatología depresiva.

### **2.3 Bases teóricas**

El diagnóstico médico difícilmente provee una información completa de la aflicción que sufre una persona, no existe un modelo único que incorpore y explique el papel desempeñado por los componentes biológicos, psicológicos y sociales en la salud a pesar que las investigaciones demuestran que todos los problemas de salud son biopsicosociales y que la naturaleza de los componentes psicosociales influyen en la vulnerabilidad de la persona a las enfermedades y en el curso que siguen estas dolencias. En este contexto surge la implementación del diagnóstico multiaxial, que con mucho potencial proporciona a través de un sistema estandarizado, la descripción de la condición general del paciente y la complejidad de su enfermedad (Mezzich, et al., 1995). Una gran variedad de elementos diagnósticos pueden ser incluidos en un esquema de diagnóstico multiaxial, pero para alcanzar su utilidad práctica requieren ser estructurados bajo un encabezamiento denominado “ejes”, que deben ser seleccionados en un número restringido para proporcionar una información clínica completa y con la menor ambigüedad posible (CIE-10. OMS. 1992). El diagnóstico multiaxial presentado por la OMS en la Décima Revisión de la CIE es atóxico y descriptivo, puede ser utilizado por los clínicos en todas las ramas de la medicina e incluye tres ejes: 1) Diagnósticos Clínicos, que incluye tanto la patología biológica, como la patología mental 2) Discapacidades, referidas a las consecuencias de la enfermedad en el funcionamiento del paciente y 3) Factores Contextuales relacionados a las circunstancias ambientales que lo afectan. En consecuencia, este es un modelo multiaxial, que proporciona un enfoque integral en la atención de la salud, mediante la descripción biopsicosocial de la condición del paciente. (Desjarlais, et al., 1997).

- 1) En el Eje I se registra el diagnóstico de las enfermedades médicas y de los trastornos mentales que presenta el paciente en el momento de su atención, y que deben ser codificados según corresponda a lo consignado en los veinte capítulos de enfermedades que figuran en la CIE-10. La importancia de convertir las palabras referidas a los diagnósticos, en códigos alfanuméricos, se sustenta porque permiten su fácil almacenamiento y su acceso posterior para el análisis de la información. (CIE- 10. 1992)

Los diagnósticos de a CIE-10 están organizados en 20 capítulos que agrupan a todas las enfermedades y otros problemas de salud, codificados en un esquema alfanumérico compuesto de una letra y dos números para las categorías diagnósticas y de una letra y tres números para las subcategorías. Se usan todas las letras a excepción de la letra U por la posibilidad de ser empleada en situaciones internas de cada país.

Las patologías clasificadas en cada uno de los 20 capítulos, son las siguientes: (CIE-10. 1997)

Capítulo I. Ciertas Enfermedades Infecciosa y Parasitarias (A00-B99)

Capítulo II. Tumores C00-D48)

Capítulo III. Enfermedades de la Sangre, de los Órganos Hematopoyéticos y ciertos trastornos de Mecanismo Inmunitario (D50-D89)

Capítulo IV. Enfermedades Endocrinas, Nutricionales y Metabólicas (E00-E90)

Capítulo V. Trastornos Mentales y del Comportamiento (F00-F99)

Capítulo VI. Enfermedades del Sistema Nervioso (G00-G99)

Capítulo VII. Enfermedades del Ojo y sus Anexos (H00-H59)

Capítulo VIII. Enfermedades del Oído y procesos de las Mastoides (H60-H95)

Capítulo IX. Enfermedades del Sistema Circulatorio (I00-I99)

Capítulo X. Enfermedades del Sistema Respiratorio (J00-J99)

Capítulo XI. Enfermedades del Sistema Digestivo (K00-K93)



Capítulo XII. Enfermedades de la Piel y del Tejido Subcutáneo. L00-L99)

Capítulo XIII. Enfermedades del Sistema Musculoesquelético y del Tejido Conjuntivo (M00-M99)

Capítulo XIV. Enfermedades del Sistema Genitourinario (N00-N99)

Capítulo XV. Embarazo, Parto y Puerperio (O00-O99)

Capítulo XVI. Ciertas Enfermedades originadas en el Período Perinatal (P00-P95)

Capítulo XVII Malformaciones Congénitas, Deformidades y Anomalías Cromosómicas (Q00-Q99)

Capítulo XVIII. Síntomas, Signos, Anormalidades Clínicas y Hallazgos Anormales de Laboratorio no clasificados en otra parte (R00-R99)

Capítulo XIX. Traumatismos, Envenenamientos y ciertas consecuencias de otras Causas Externas (S00-T98)

Capítulo XX. Causas Externas de Morbilidad y de Mortalidad (V01-Y98)

En el Capítulo V de la CIE-10 se agrupan los Trastornos Mentales y del Comportamiento. Se utiliza el término Trastorno, para describir la presencia de comportamientos o de síntomas que generalmente se acompañan de malestar o que comprometen el funcionamiento del paciente. Cada trastorno comprende la descripción de los síntomas principales en el marco de una descripción clínica y de pautas diagnósticas, además de un grupo de criterios diagnósticos con una organización más estructurada para la investigación. En general, se recomienda evitar la asociación de los trastornos con factores etiológicos, sin embargo se deben considerar algunas excepciones que se presentan en ciertas categorías diagnósticas que pueden relacionarse con una etiología demostrable, como en los “Trastornos mentales orgánicos incluidos los sintomáticos” (F00-F09), “Reacciones a estrés grave y trastornos de adaptación” (F43) y “Factores psicológicos y del comportamiento en trastornos o enfermedades clasificados en otro lugar” (F54). En los casos de diagnósticos múltiples, corresponde el registro en el Eje I de todos ellos, recomendándose para consignar el orden de presentación, la

identificación del diagnóstico principal como la afección que motiva el contacto con los servicios de salud y el inicio del tratamiento. (CIE-10. 1992)

- 2) En el Eje II se registran las Discapacidades que Incluye la valoración clínica de las limitaciones en el funcionamiento del paciente como consecuencia de la enfermedad que presentan. La evaluación se realiza con la Escala de Discapacidad de la OMS ( Bobes, Portilla, Bascarán, Sáiz y Bousoño, 2002). Refleja el compromiso del desempeño en cuatro áreas específicas: el cuidado personal, el funcionamiento ocupacional y en la familia y el comportamiento en el contexto social. La escala ofrece los siguientes criterios para las puntuaciones:

0: Ninguna discapacidad (0%)

1: Discapacidad mínima (20%) Ligera discapacidad por corto tiempo.

2: Discapacidad obvia (40%) Discapacidad que interfiere con la adaptación social

3: Discapacidad seria (60%) Dificultad marcada en la realización de la mayoría de actividades

4: Discapacidad muy seria (80%) Grave discapacidad en todas las actividades

5: Discapacidad máxima (100%) Grave discapacidad permanente para la calificación es necesario tener como referencia el funcionamiento óptimo de una persona normal de semejante condición social, edad y sexo.

- 3) El Eje III comprende los factores psicosociales que se encuentran codificados en el Capítulo XXI de la CIE-10 con el título: Factores que influyen en el estado de salud y contacto con los Servicios de salud (Z00-Z99).

Se incluyen problemas relacionados con la familia o grupo primario de apoyo, ambiente social general, educación, empleo, vivienda y economía con los códigos Z55-Z65 (CIE-10. 1992). Y los riesgos potenciales para la salud de las personas, relacionados con la historia

familiar y personal, con los códigos Z80-Z81 (CIE-10, 1997).

Dado que surge la posibilidad de vincular estos contenidos con la etiología de los trastornos, se hace necesario destacar que estas situaciones de riesgo para la salud deben ser codificadas e incluidas en el diagnóstico sin considerarlas como factores causales. En cuanto al tiempo de la exposición, al riesgo y a la presentación del trastorno, se recomienda tener presente todo el período vital, lo que exige conocer la historia del paciente para comprender su situación actual y estar en condiciones de elegir la condición que mejor se aplique para su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. (CIE-10, 1992)

La atención integral de salud dentro de los lineamientos de la práctica médica, se sostiene en la propuesta de aceptar que el objeto de la actividad científica y técnica, es la persona en su totalidad desde la perspectiva biopsicosocial.

El componente biológico de la salud en los últimos años, ha experimentado sorprendentes avances que se han traducido en la elevación del tiempo promedio de la esperanza de vida que se explica por la oferta de notables oportunidades de prevención y tratamiento de muchas enfermedades, sin embargo ponderar solamente este componente de la salud implica riesgos, como la dedicación del médico de manera casi exclusiva a la biología de la enfermedad y sus consecuencias. (Saraceno y Fleicshmann, 2009). La diversidad de los aspectos psicosociales ha conducido a reconocer y a intervenir en los aspectos mentales y las condiciones sociales que también comprometen la salud y las potencialidades de las personas. En la atención médica en general, la presencia de síntomas ansiosos y depresivos es frecuente, siendo su diagnóstico oportuno de mucha importancia por su capacidad de influenciar de manera independiente en la evolución de la enfermedad médica, en el funcionamiento y en la discapacidad del paciente (Spitzer, Williams y Löwe, 2006). En el estudio de la OMS sobre la enfermedad mental en la atención médica en general, se encontró que el Trastorno de Ansiedad Generalizada y la Depresión Mayor son los más prevalentes. (Regier, Narrow, Kuhl y Kupfer, 2012). La Encuesta Mundial de Salud Mental de la OMS que incluye entrevistados de países de todas las regiones

demográficas y toda condición económica, mostró en sus resultados, que la prevalencia de un trastorno mental durante la vida podía superar el 30% y que durante el año previo al estudio podía alcanzar hasta el 27%. (Wang et al., 2012). Entre todos estos trastornos destacan por su mayor prevalencia los trastornos de ansiedad, los trastornos del estado de ánimo y los trastornos por consumo de sustancias. Además de estos resultados también se halló en un análisis global, que comprometía tanto a los países desarrollados y más aún a los países en desarrollo, que sólo el 25% de los pacientes con enfermedades mentales recibían tratamiento. Estos hallazgos de necesidades no satisfechas de tratamiento de la patología mental pese a que comprometen seriamente el funcionamiento de las personas afectadas y que causan secuelas y evolucionan desfavorablemente hacia la cronicidad o a la presentación de complicaciones, ponen en evidencia la necesidad de iniciar intervenciones para mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud en general, donde los pacientes puedan ser evaluados con un enfoque integral y recibir el tratamiento de la patología mental que padecen en la medida que no sea necesario su transferencia para manejo especializado. (Castellá, 2011)

En cuanto al compromiso funcional, estudios realizados a nivel internacional como los del Banco Mundial señalan que los trastornos mentales se encuentran entre las principales causas de años de vida sana perdidos (AVISA). Las consecuencias de los problemas psicológicos, el consumo de alcohol y drogas, la violencia y otros trastornos del comportamiento son enormes y constituyen una de las principales causas de sufrimiento, de deterioro en la capacidad productiva y en el desempeño familiar y social. (MINSA. 2005).

El componente social de la salud incorpora los factores sociales, económicos, culturales y ambientales como factores determinantes de la salud y el bienestar de las personas. La Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud instalada por la OMS en el 2005, señala que “los problemas de salud están provocadas por una distribución desigual del poder, los ingresos, los bienes y los servicios, y por las consiguientes injusticias que afectan a las

condiciones de vida (acceso a la atención sanitaria, escolarización, educación, vivienda, condiciones de trabajo y tiempo libre) (OMS. 2008)

En 1978 en Alma Ata se aprobó la estrategia social de atención primaria para alcanzar la salud para todos en el año 2000, una declaración de gran proyección futura y de innovaciones. En esa oportunidad se determinó que “la salud es mucho más que la medicina: es educación, es la nutrición, es el acceso al agua potable, son los estilos de vida saludables”. Al respecto la OPS señala que se hace necesario reconocer que los servicios de salud no satisfacen las necesidades de la población en la medida que “la salud es un fenómeno con implicaciones sociales, económicas y políticas y, sobre todo, un derecho fundamental, y las desigualdades, la pobreza, la explotación, la violencia y la injusticia están entre las causas más importantes de los problemas de salud...” (OPS, 2007). En el presente siglo, el Colegio Internacional de Medicina Centrada en el Persona, sostiene que la misión de la medicina es reconocer a la persona como fin y no sólo como portadora de enfermedades, recomienda que la atención médica debe estar dirigida a cubrir adecuadamente la salud y el bienestar de la persona además de sus enfermedades y discapacidades (Mezzich, 2015). En nuestro medio, el Ministerio de Salud desarrolló El Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) en base al documento técnico: La Salud Integral, Compromiso de Todos (MINSA. 2012). El MAIS prioriza las necesidades de salud de las personas en el contexto de la familia y de la comunidad sobre las enfermedades específicas, y establece el enfoque biopsicosocial en la atención de las personas. Para su implementación recomienda realizar cambios en el modelo de atención, mejorar los servicios del primer nivel de atención y un abordaje intersectorial de la salud.

## **CAPITULO 3: METODOLOGIA**

### **3.1 Tipo y Diseño de la Investigación**

El presente trabajo es de tipo descriptivo, de diseño observacional y transversal

### **3.2 Unidad de análisis**

Paciente hospitalizado en el Servicio de Medicina Interna N°1, del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen – EsSalud, en el período comprendido entre el 1° de agosto de 2014 al 31 de octubre de 2014, que cumpla los criterios de inclusión y exclusión.

### **3.3 Variables**

- Edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción, ocupación, lugar de nacimiento, lugar de residencia, tiempo de enfermedad médica, tiempo de enfermedad mental.
- Diagnóstico de la enfermedad médica
- Diagnóstico del trastorno mental
- Discapacidades, área funcional comprometida
- Factores externos ambientales y circunstanciales que influyen en la salud

### **3.4 Población de estudio**

Se consideró población de estudio a los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna N° 1, del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen – EsSalud, en el período comprendido entre el 1° de agosto de 2014 y el 31 de octubre de 2014.

El Servicio de Medicina Interna N°1, es uno de los cinco Servicios de Medicina que integran el Departamento de Medicina del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen – EsSalud. Cuenta con 31 camas operativas distribuidas en el Servicio de Medicina Interna N°1, en la Unidad de Cuidados Intermedios y en la Unidad de Infectología - VHI. En promedio, el Registro Estadístico Mensual del Servicio reporta 30 hospitalizaciones en el Servicio de Medicina Interna N°1, 19 hospitalizaciones en la Unidad de Cuidados Intermedios y 19 hospitalizaciones en la Unidad de Infectología. La atención de todos los pacientes está a cargo de diez médicos, especialistas en Medicina Interna.

### **3.5 Tamaño de la muestra**

El tamaño de la muestra fue determinado mediante la fórmula para la estimación de una tasa con muestreo aleatorio simple (Anexo 1). El nivel de confianza fue del 95% y el nivel de precisión del 15%. La tasa estimada a priori fue de 26.1% dando como resultado una muestra de 33 pacientes. Para establecer la tasa estimada se tomó como referencia el porcentaje de la prevalencia de vida de los trastornos mentales en la población adulta de Lima Metropolitana y Callao, que alcanza el 26,1%. (Instituto Nacional de Salud Mental, 2013),

### 3.6 Selección de la muestra

Mediante selección aleatoria, se procedió a la revisión de la HC de los pacientes que ingresaron al Servicio de Medicina Interna N°1 del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen-EsSalud, durante el periodo establecido, con la finalidad de realizar el registro del diagnóstico de la enfermedad médica formulada en el Servicio y evaluar los criterios de inclusión y de exclusión:

- **Criterios de Inclusión:**

Pacientes hospitalizados, de ambos sexos, mayores de 18 años de edad, con diagnóstico de enfermedad médica formulada en el Servicio.

Pacientes en condiciones de ser entrevistados para su evaluación

- **Criterios de Exclusión**

Pacientes que se encuentren en la Unidad de Cuidados Intermedios

Pacientes que se encuentren en la Unidad de Infectología - VIH.

Pacientes que no acepten participar en la investigación luego de la aplicación del consentimiento informado

### 3.7 Técnica de recolección de Datos

Se procedió a la revisión de las HC de los pacientes, con el objeto de obtener información sobre el diagnóstico de la enfermedad médica formulado en el Servicio. Previa selección del paciente que cumplía con los criterios establecidos, se le solicitó su consentimiento informado y contando con su aceptación, se le realizó la entrevista y la evaluación clínica para conocer los aspectos psicológicos y sociales relacionados a su salud. Se utilizó el modelo de la HC y el examen mental del Servicio de Psiquiatría del Hospital Guillermo Almenara (Anexo 2) y se formuló el diagnóstico en la medida que cumplía los criterios establecidos en el CIE 10, para ser registrado en el esquema diagnóstico multiaxial propuesto por



la OMS (Anexo 3), que recomienda la implementación de tres Ejes: el Eje I donde se consigna el diagnóstico de la enfermedad médica y el diagnóstico de la enfermedad mental si estuviera presente, en el Eje II, el grado de compromiso funcional como consecuencia de la enfermedad y en el Eje III, los factores sociales y circunstanciales que influyen en el estado de la salud (CIE 10, 1992). En el presente estudio con la intención de facilitar la evaluación y discusión de los resultados obtenidos, al registrar el diagnóstico de la enfermedad médica se consideró el primer diagnóstico que figuraba en la formulación diagnóstica de la HC del Servicio de Medicina. Respecto al trastorno mental se registró como diagnóstico la patología mental actual que refería el paciente. No se consignó el diagnóstico de personalidad porque generalmente para su adecuada formulación, requiere mayor dominio de los criterios de diagnóstico y más número de entrevistas y porque no se consideró como información indispensable para la demostración de los objetivos planteados.

### **3.8 Análisis e interpretación de la información**

El método es descriptivo, para el análisis de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS v.17.0, y para la interpretación de las variables se usaron distribuciones de frecuencia absoluta y relativa (%).

### **3.9 Consideraciones éticas**

En el presente estudio se ha garantizado la confidencialidad y el anonimato a los participantes.

Se solicitó el consentimiento informado a cada paciente para su participación en la investigación, su evaluación y la elaboración de la Historia Clínica. (Anexo 4)

## **CAPITULO 4: RESULTADOS Y DISCUSION**

### **4.1 Análisis, interpretación y discusión de resultados**

En el análisis descriptivo se utilizaron distribuciones de frecuencia absoluta y relativa (%). El análisis se realizó con el programa estadístico SPSS 17.0

### **4.2 Prueba de hipótesis**

Registrar mediante la aplicación del modelo de diagnóstico multiaxial de la CIE 10, además de la enfermedad biomédica motivo de la hospitalización, la presencia de patología mental, de limitaciones funcionales como consecuencia de la enfermedad y de factores sociales y circunstanciales que influyen en la salud, en el 30% o más de los pacientes seleccionados en el Servicio de Medicina Interna N°1, del Hospital Guillermo Almenara.

Hipótesis General: Aplicando el esquema de diagnóstico multiaxial de la CIE 10, en el 30% o más de pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna N° 1 del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, se registra la presencia de trastornos mentales, además de la patología biomédica por la que se encuentran hospitalizados, también limitaciones funcionales como consecuencia de la enfermedad y factores sociales y circunstanciales que influyen en la salud.

### Hipótesis Específicas:

- De acuerdo al esquema de diagnóstico multiaxial de la CIE 10, en los pacientes hospitalizados ( 30% o más ), en el Servicio de Medicina Interna N° 1 del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, se registra la presencia de trastornos mentales, además de la patología biológica motivo de su hospitalización.
- De acuerdo al esquema de diagnóstico multiaxial de la CIE 10, en los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna N° 1 del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen se registra además de la enfermedad biológica, la presencia de limitaciones funcionales como consecuencia de la enfermedad.
- De acuerdo al esquema de diagnóstico multiaxial de la CIE 10, en los pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina Interna N° 1 del Hospital Nacional Guillermo Almenara, además de la patología biomédica, se registra la presencia de factores sociales y circunstanciales que influyen en la salud.

## 4.3 Presentación de resultados

Los resultados obtenidos se presentan en cuadros que señalan la distribución de la muestra en relación con las variables seleccionadas para el presente estudio.

### 4.3.1 Edad

Los integrantes de la muestra fueron distribuidos en 3 grupos etarios, tomando como referencia lo propuesto por Kaplan (Sadock et al., 2005) que

al tratar sobre el desarrollo humano a lo largo del ciclo vital, divide la etapa de la adultez en edad adulta temprana (20 a 40 años), edad adulta media (entre 40 y 65 años) y la edad adulta tardía (después de los 65 años). En el presente estudio se consideró el inicio de la adultez a los 18 años y el inicio de la senectud a los 60 años, a fin de mantener lo que establece la normatividad legal vigente en nuestro medio al respecto. Sobre esta variable, el cuadro 1 muestra que la mayor proporción de pacientes se encuentra entre las edades de más de 61 años con 42.4%, seguidos por los del grupo de 41 a 60 años con 39.4% y con menor frecuencia los que cuentan entre 18 y 40 años con el 18.2%.

**Cuadro 1. Distribución de pacientes según la Edad**

Grupo etario	Frecuencia	Porcentaje
De 18 a 40 años	6	18,2
De 41 a 60 años	13	39,4
Más de 60 años	14	42,4
Total	33	100,0

#### **4.3.2 Sexo**

En el cuadro 2 se aprecia que la población estudiada está representada por el 51.5% de pacientes de sexo masculino y el 48.5% de sexo femenino.

Cuadro 2. **Distribución de pacientes según el sexo**

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	17	51,5
Femenino	16	48,5
Total	33	100,0

#### 4.3.3 Estado civil

En el cuadro 3 se observa que la mayoría de la población es casada con un porcentaje de 54.5%, sigue en frecuencia la condición de soltero con el 30.3% y con valores menores se encuentran las condiciones de viudo, conviviente y separado.

Cuadro 3. **Distribución de pacientes según el estado civil**

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	10	30,3
Casado	18	54,6
Separado	1	3,0
Viudo	3	9,1
Conviviente	1	3,0
Total	33	100,0

#### 4.3.4 Lugar de nacimiento

Los pacientes de la muestra son en mayoría nacidos en Lima Metropolitana con el 51,5%, son naturales de otras provincias de Lima el 9% y el 39,5% de otros departamentos del Perú.

**Cuadro 4. Distribución de pacientes según el lugar de nacimiento**

Lugar de nacimiento	Frecuencia	Porcentaje
Lima Metropolitana	17	51,5
Otras Provincias de Lima	3	9,0
Otros Departamentos	13	39,5
Total	33	100,0

#### 4.3.5 Lugar de residencia

En el cuadro 5 se aprecia que el 88% de pacientes residen en Lima y que sólo cuatro, que corresponden al 12% residen en otros departamentos del Perú integrantes de la Red Hospitalaria Almenara.

**Cuadro 5. Distribución de pacientes según el lugar de residencia**

Lugar de residencia	Frecuencia	Porcentaje
Lima	29	88.0
La Libertad	1	3,0
Loreto	1	3,0
Ica	1	3.0
Cajamarca	1	3,0
Total	33	100,0

#### **4.3.6 Nivel de instrucción**

En el cuadro 6 destaca que el mayor porcentaje de participantes que representa el 45.5% de la muestra cuentan con educación superior, el 33.3% con secundaria y el 21.1% con primaria. No se registran analfabetos

**Cuadro 6. Distribución de pacientes según el nivel de instrucción**

Nivel de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	7	21,2
Secundaria	11	33,3
Superior	15	45,5
Total	33	100,0

#### **4.3.7 Ocupación**

En el cuadro 7 se puede observar que el 42.4% de pacientes son económicamente activos, a los que se suman el 21.2% que realizan actividad laboral de manera eventual. Los jubilados y amas de casa representan el 15.2% y se registra sólo un participante en la condición de estudiante



**Cuadro 7. Distribución de pacientes según la ocupación**

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Jubilado	5	15,2
Profesor	5	15,2
Otra actividad profesional	5	15,2
Actividad técnica	4	12,0
Eventual	7	21,2
Ama de casa	5	15,2
Estudiante	1	3,0
No refiere	1	3,0
Total	33	100,0

#### 4.3.8 Tiempo de enfermedad médica

El cuadro 8 muestra que el 42,5% de los participantes refieren que el tiempo de enfermedad que motiva su hospitalización es menor a seis meses, el 9% inicia su enfermedad entre los seis meses y el año, el 27.3% la inicia hace más de un año y el tiempo de enfermedad del 21,2% de participantes es menor a un mes.

Cuadro 8. **Tiempo de enfermedad médica**

Tiempo de Enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 1 mes	7	21,2
Entre 1 mes y menos de 6 meses	14	42,5
Entre 6 meses y menos de 1 año	3	9,0
Más de 1 año	9	27,3
Total	33	100,0

#### 4.3.9 Tiempo de enfermedad mental

En el cuadro 9 se aprecia que el 58.8% de los pacientes con patología mental tienen entre un mes y seis meses de tiempo de enfermedad, un paciente que representa el 5,9% entre seis meses y un año, el 35,3% tienen más de 1 año de tiempo de enfermedad y ninguno tiene enfermedad mental con tiempo menor a un mes

Cuadro 9. **Tiempo de enfermedad mental**

Tiempo de enfermedad	Frecuencia	Porcentaje
Menos de 1 mes	0	0
Entre 1 mes y menos de 6 meses	10	58.8
Entre 6 meses y menos de 1 año	1	5.9
Más de 1 año	6	35.3
Total	17	100,0

#### 4.3.10 Formulación diagnóstica – Eje I

De acuerdo a lo propuesto en el presente trabajo, la formulación del diagnóstico se realizó según el modelo multiaxial que incluye tres ejes: el Eje I que incluye el diagnóstico de la enfermedad médica y el de la enfermedad mental. El Eje II que registra las discapacidades con la valoración clínica de las limitaciones en el funcionamiento del paciente como consecuencia de la enfermedad que presentan. Y el Eje III que comprende los factores sociales y circunstanciales que influyen en el estado de salud.

El cuadro 10 muestra en lo que corresponde al Eje I, que los pacientes hospitalizados seleccionados con un diagnóstico biomédico, presentan algún trastorno mental el 51% y que el 48.5 % no lo presentan.

Cuadro 10. **Formulación diagnóstica – Eje I**

Diagnósticos clínicos		Frecuencia	Porcentaje
Con patología mental	Si	17	51,5
Sin patología mental	No	16	48,5
Total		33	100,0

#### 4.3.11 Diagnóstico de la patología biomédica

En el cuadro 11 se presentan los diagnósticos de las enfermedades médicas que motivaron la hospitalización de los pacientes, con el registro de los códigos correspondientes según figura en el CIE 10. Se puede apreciar que la patología es variada, sin embargo destaca por su mayor frecuencia la patología oncológica, existente con diferentes localizaciones corporales en 9 pacientes que representan el 27% de la muestra, le siguen en frecuencia los procesos infecciosos que sumados están presentes en 7 pacientes con el 21% y en los 17 pacientes restantes que alcanzan el 52%, se distribuyen otras patologías de diferentes órganos y sistemas, que están presentes en uno o dos pacientes.

Cuadro 11. Diagnóstico de la patología biomédica

Diagnósticos	Código	Frecuencia	Porcentaje
Septicemia estreptocócica	A40	1	3
Tuberculosis respiratoria	A15	1	3
Hepatitis Viral	B15	1	3
Enfermedad por virus de la Inmunodeficiencia humana (VIH)	B20	2	6
Cisticercosis	B69	1	3
Toxoplasmosis	B58	1	3
Tumor benigno de mama	D24	1	3
Embolia pulmonar	I26	2	6
Aplasia adquirida	D60	1	3
Cefalea	G44	1	3
Migraña	G43	1	3
Diabetes mellitus	E11	2	6
Pancreatitis aguda	K85	2	6
Colitis y Gastroenteritis	K52	1	3
Colelitiasis	K80	1	3
Cirrosis hepática	K74	2	6
Insuficiencia renal crónica	N18	1	3
Pénfigo vulgar	L10	1	3
Enfermedad Pulmonar obstructiva	J44	1	3
Carcinoma in situ de ano	D01	1	3
Tumor maligno de colon	C18	1	3
Tumor maligno de hígado	C22	1	3
Melanoma maligno de piel	C43	2	6
Tumor maligno de mama	C50	3	9
Tumor maligno de huesos	C40	1	3
<b>Total</b>		<b>33</b>	<b>100,0</b>

#### 4.3.12 Diagnóstico de la patología mental

El cuadro 12 muestra la distribución de los trastornos mentales codificados de acuerdo al CIE 10, que presentan los pacientes además de la enfermedad médica. Destacan por su mayor frecuencia el Episodio Depresivo que alcanza el 41%, le siguen en frecuencia los Trastornos de Adaptación con el 35%, los Trastornos Orgánico Cerebrales con el 12% y con menor registro, los Trastornos de Ansiedad Generalizada y los Trastornos por Consumo Perjudicial de Alcohol con el 6%.

Cuadro 12. **Diagnóstico de la patología mental**

Trastorno mental	Código	Frecuencia	Porcentaje
Episodio depresivo	F32	7	41
Trastorno de ansiedad	F41	1	6
Trastorno de adaptación	F43	6	35
Trastorno mental orgánico	F06	2	12
Trastorno debido al consumo de alcohol	F10	1	6
<b>Total con patología. Mental</b>		17	100

#### 4.3.13 Nivel del compromiso funcional – Eje II

El cuadro 13 presenta el diagnóstico correspondiente al Eje II, que registra el grado de limitación funcional como consecuencia de la enfermedad que afecta a los pacientes seleccionados y muestra que sólo uno, al que porcentualmente le corresponde el 3% no presenta compromiso funcional, de los restantes, figuran con disfunción obvia el 27,3 %, con disfunción severa el 24.2 %, tanto con disfunción mínima como con disfunción muy severa el 21.2 % y con disfunción máxima el 3%.

Cuadro 13. Nivel del compromiso funcional – Eje II

Compromiso funcional	Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	0	1	3,0
Disfunción mínima	1	7	21,2
Disfunción obvia	2	9	27,3
Disfunción severa	3	8	24,3
Disfunción muy severa	4	7	21,2
Disfunción máxima	5	1	3,0
<b>Total</b>		33	100,0

#### 4.3.14 Áreas del compromiso funcional

El cuadro 14 muestra la distribución de los pacientes en las cuatro áreas específicas de compromiso funcional, según la Escala de Discapacidad de la OMS: el cuidado personal, el funcionamiento ocupacional, la interacción con la familia y el comportamiento en el contexto social. Se aprecia que el área preferentemente afectada con el 48,5% es el del funcionamiento ocupacional, le siguen con el 21,2 % el compromiso del funcionamiento social, con el 15,2 % el compromiso del cuidado personal y con el 12,2 % el de la interacción con la familia.

Cuadro 14. **Áreas del compromiso funcional**

Área funcional	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	1	3,0
Cuidado personal	5	15,2
Funcionamiento ocupacional	16	48,5
Interacción con la familia	4	12,1
Funcionamiento social	7	21,2
Total	33	100,0

#### 4.3.15 Factores que influyen en el estado de la salud – Eje III

En el cuadro 15 se aprecian los factores ambientales o circunstanciales que se registran en los pacientes seleccionados, conforme se encuentra codificado en el código “Z” del CIE 10 y que corresponde consignarlos en el Eje III de acuerdo al diagnóstico multiaxial que se ha aplicado. Destacan por

su frecuencia en el 33.3% de la muestra, la presencia de problemas en la relación familiar, le siguen en frecuencia, los antecedentes familiares de tumor maligno con el 24.3 %, existen con el 21,2% antecedentes familiares de trastornos mentales, en menor proporción con el 6.1 % antecedentes familiares de otras enfermedades y sin factor posible de precisar, el 12,1%

**Cuadro 15. Factores que influyen en el estado de salud - Eje III**

Factores ambientales asociados	Código	Frecuencia	Porcentaje
Problemas en la relación familiar	Z63	11	33,3
Historia familiar de tumor maligno	Z80	8	24,3
Historia familiar de trastornos mentales	Z81	7	21,2
Historia familiar de otras enfermedades	Z83	2	6,1
Historia personal de trastorno del desarrollo	Z86	1	3,0
Sin factor asociado		4	12,1
<b>Total</b>		<b>33</b>	<b>100,0</b>



#### 4.4 Discusión

Los hallazgos del presente estudio se discuten a continuación de acuerdo al ordenamiento seguido en su presentación.

La distribución de la muestra de acuerdo a la edad, que ubica al grupo de los mayores de 60 años en el primer lugar en orden de frecuencia con el 42.4%, en el segundo lugar a los de 41 a 60 años con 39,4% y en el tercer lugar a los de 18 a 40 años con 18,2%, reflejan las características de la población estudiada, dado que sobre esta variable, el reporte estadístico de pacientes hospitalizados en el Servicio de Medicina 1 del Hospital Guillermo Almenara en los meses correspondientes al estudio, registran que los pacientes se agrupan por edades en el mismo orden de frecuencia: mayores de 60 años el 51%, de 41 a 60 años el 30% y de 18 a 40 años el 19%. Además, sobre el predominio del grupo de mayores de 60 años, guardaría relación con el estimado que proporciona Rodríguez, J. y col. en un estudio realizado para las Naciones Unidas sobre el crecimiento de la población total de América Latina y el Caribe, que calcula que entre el año 2005 y el 2025 la población mayor de 65 años se incrementará en 100%, destacando que es una realidad que señala que los perfiles demográficos advierten sobre la importancia de incorporar en la atención primaria los aspectos psicosociales. (Rodríguez, J., Kohn, R., Levav, I., 2009). La composición de la muestra en cuanto a sexo, revela que los porcentajes 51,5 % de hombres y 48,5% de mujeres son también similares a los que corresponden a la distribución de los pacientes en el Servicio de Medicina donde se realizó el estudio, que en su reporte estadístico registraba 51% de sexo masculino y 49% de sexo femenino. El estado civil que figura con el mayor porcentaje de casados, 54.6%, muestra una condición que ha sido considerada como un factor social favorable en situación de enfermedad (Gofin, J., Levav, I., 2009) y si bien es una variable que no se registra en el reporte estadístico del Hospital, es un dato que se encuentra en el Perfil Epidemiológico de Población Asegurada Hospitalizada donde se señala que el 63,3% de la población hospitalaria son cónyuges. (Baffigo, V., La Rosa, M., Rojas, A., 2015). La composición de la muestra a predominio de los nacidos en Lima guardaría semejanza con los resultados

del último Censo Nacional que reporta el 60% de nativos en Lima Metropolitana (INEI, 2017). Igualmente, acerca del lugar de residencia, los pacientes estudiados en su gran mayoría residen en Lima, sólo el 12% es transferido de otros departamentos del país que integran la Red Almenara, al Servicio de Medicina Interna donde se realizó el presente estudio. Sobre el nivel de instrucción, un alto porcentaje de la muestra que alcanza el 45,5% cuenta con educación superior, resultado que sería el reflejo del 49% de asegurados que cuentan con educación superior según el informe del Perfil Epidemiológico de la Población Asegurada (Baffigo, et al., 2015). Este hallazgo ofrecería la posibilidad de relacionar los datos acerca del nivel de educación superior referidos por los pacientes, con los resultados sobre la ocupación de los mismos, que en su mayoría se encuentran vinculados al desempeño de actividades profesionales o técnicas, que sumados representan el 42.4% de los pacientes estudiados. Además, en este rubro conviene comentar que el universo de este trabajo es una población seleccionada por su condición de encontrarse afiliada al Seguro Social de Salud (EsSalud), que reciben atención en la Institución por su condición de asegurados como trabajadores formales. Sobre los resultados acerca del tiempo de enfermedad, es necesario consignar que la información se registró simultáneamente a la de los datos demográficos y fue estimada por el paciente que informó desde cuando se sentía enfermo tanto de la patología biomédica como del trastorno mental si estaba presente. Lo encontrado al respecto, pone de manifiesto que en la enfermedad médica con 51.5%, como en la patología mental con 64.7%, en la mayoría de pacientes el tiempo de enfermedad no supera el año de enfermedad. El análisis de estos resultados hace posible establecer correspondencia con el tipo de la enfermedad médica formulada en los diagnósticos consignados en la HC, con predominio de patología infecciosa y oncológica y en lo que corresponde al área de la salud mental, el alto porcentaje de trastornos reactivos y episodios depresivos diagnosticados.

La patología biomédica encontrada es diversa, sin embargo si se realiza el intento de agruparlas según los factores causales, se encuentra que el 27% de la muestra presenta patología oncológica y el 21% patología infecciosa. Sin posibilidad de agruparlas, el 52% de la patología médica restante que

presentan los pacientes seleccionados, evidencia el compromiso de diferentes órganos y sistemas con porcentajes que no superan el 6% cada uno de ellos. Es importante destacar que la muestra corresponde a pacientes hospitalizados en un Servicio de Medicina Interna donde se indica la hospitalización de los mismos porque presentan cuadros clínicos que requieren de una evaluación completa, necesaria para precisar la formulación diagnóstica definitiva y el plan terapéutico que corresponda realizar en el mismo Servicio o de ser necesario a través de la transferencia a otro Servicio especializado para mayor estudio y tratamiento.

Los resultados sobre el componente mental del problema de salud que adolecen los pacientes de la muestra, revelan que el 51% de ellos, presentan trastornos mentales que no habían sido considerados en la formulación diagnóstica del Servicio de Medicina. Esta cifra coincide con lo que se señala sobre la frecuencia de trastornos psiquiátricos que alcanza el 50% en los pacientes hospitalizados por trastornos biomédicos (Sadock, et al, 2007). Además confirmaría lo que se ha sostenido como justificación para la realización del presente estudio, acerca de la importancia de implementar modelos de evaluación como el diagnóstico multiaxial, orientados a una atención integral, que incluya la presencia de la patología mental en el problema de salud que aqueja a los pacientes, sobre todo, porque es de conocimiento que la concomitancia de una enfermedad física con un trastorno mental puede influir significativamente en el curso y en el pronóstico del cuadro clínico y en otros aspectos del proceso de enfermar. (Saraceno, et al., 2009). Sin embargo la dificultad en identificar la patología mental por el médico a cargo de la atención de la patología médica, para incluirla en una formulación diagnóstica multiaxial, pone en evidencia lo comentado en capítulos anteriores sobre las limitaciones existentes para su ejecución en el momento actual y la urgencia de ser superadas a fin de garantizar la atención médica con un enfoque integral, que incluya la enfermedad mental y sus consecuencias en la situación de enfermedad de las personas. La desinformación sobre la estrecha relación entre la salud física y la salud mental y las condiciones de vida de las personas, han generado situaciones de indiferencia y abandono para el diagnóstico y tratamiento oportuno de la

patología mental con el consecuente impacto en la salud personal y en la salud pública. En consideración a lo expuesto, se estableció como uno de los objetivos de los lineamientos de la política sectorial del Plan Nacional de Salud Mental: “Posicionar la salud mental como un derecho fundamental de la persona y como un componente indispensable de la salud integral y del desarrollo humano en nuestro país, en consideración al reconocimiento de que: La salud mental no ha logrado su inserción real en la atención integral de salud” (Ministerio de Salud, 2006). Otro de los factores que limitaría el abordaje adecuado del compromiso mental en los pacientes, estaría dado por las deficiencias en la identificación de los trastornos mentales por los profesionales médicos a cargo de la atención de pacientes con patología médica (Leonardo, W., Villalobos, M., León, E., 2016). Se describen también situaciones del entorno asistencial como la sobredemanda de los servicios de salud que limitan el tiempo del interrogatorio sobre aspectos psicosociales. Estos resultados nos alertan sobre lo que correspondería a una falta de cumplimiento con lo recomendado por la OMS acerca de la necesidad de realizar acciones de prevención secundaria durante el acto médico, a fin de formular un diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno para lograr mejorar la evolución y atenuar las consecuencias de la enfermedad ya establecida (Castellá, 2011). El trastorno mental que destaca por su frecuencia en los pacientes de la muestra, es el episodio depresivo, resultado que coincide con lo hallado en la población en general (Instituto Nacional de Salud Mental, 2013) y en estudios clínicos (Bello, et al, 2016), que registran una alta tasa de prevalencia de la depresión, que supera a la de otros trastornos psiquiátricos. En EsSalud, la depresión figura como una de las patologías más frecuentes dentro de la carga de enfermedad (EsSalud, 2016). En cuanto al Trastorno de Adaptación que representa el 35% de la muestra, en estudios realizados en la Seguridad Social y en artículos publicados sobre atención primaria, se describen una alta frecuencia de esta patología relacionada al motivo de hospitalización o de la consulta médica en general (Franco JG, Gómez PE, Ocampo MV, Vargas A, Berríos, 2009). En los pacientes registrados con este diagnóstico, se ha atribuido la enfermedad médica como agente estresante y el cuadro clínico como lo señala el CIE 10, se ha caracterizado por la presencia de ansiedad, humor depresivo y

compromiso funcional, síntomas con un tiempo de duración menor de seis meses. Llama la atención que entre la patología mental, sólo figure un paciente con ansiedad generalizada que cumple los criterios de diagnóstico incluyendo el tiempo de enfermedad (CIE-10, 1992), a diferencia de todos los reportes sobre su alta prevalencia entre los trastornos mentales (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013). Al respecto este resultado tendría una justificación si se hace referencia al DSM-5. Evolución conceptual, donde en el capítulo que trata sobre la integración de espectros dimensionales de Depresión y Ansiedad en diagnósticos categoriales para la práctica médica en general, se cuestiona si se debe medir la duración de los síntomas como un criterio de diagnóstico para estos trastornos, haciendo mención al estudio de la OMS sobre la enfermedad mental en la atención médica, que reportó casi el doble de la tasa del Trastorno de Ansiedad Generalizada (TAG) al modificar el tiempo de duración requerido para el diagnóstico de TAG de seis meses a un mes. (Goldberg, D., Simms, L., Gater, R., Krueger, R. 2011). La presencia de dos pacientes de la muestra con trastorno orgánico cerebral, guardaría relación con la patología del sistema nervioso registrada entre los diagnósticos médicos y la existencia de sólo un participante con trastorno por consumo perjudicial de alcohol indica su presencia en el momento de la evaluación y el registro del diagnóstico de sólo un trastorno mental.

Los resultados que figuran en el Eje II sobre el compromiso funcional como consecuencia de la enfermedad física y la comorbilidad con la patología mental, muestran la correlación entre la enfermedad y el deterioro funcional consecuente en los pacientes evaluados. Se expresa por su presencia en el 97% de la muestra estudiada, figurando en el 46,4% con niveles de disfunción severa, muy severa y máxima. En EsSalud según reporte de la Oficina de Información Sanitaria (EsSalud-2014), el (AVISA) de las enfermedades neuropsiquiátricas y de los tumores malignos, ocupan el tercero y el quinto lugar respectivamente. La OMS en relación a la discapacidad, utiliza la medición de los años de vida perdidos ajustados en función a la discapacidad (AVAD) y al tratar sobre la depresión, establece que será la segunda causa de AVAD a escala mundial en las proyecciones para el año 2020 y a pesar de reconocerse que la concomitancia entre patología biomédica y patología

mental se asocian a un grave deterioro funcional, el tema del tratamiento de la salud mental evidencia una brecha que en la Encuesta Mundial realizada por la OMS, alcanza el 50.3% de los pacientes con trastornos mentales entrevistados en países desarrollados y el 76,3% en países con menos desarrollo (Saraceno, B., Fleischmann, A. 2009). En el Perú, el Estudio de Carga de Enfermedad realizado por la Dirección General de Epidemiología, señala que las enfermedades neuropsiquiátricas figuran en el primer lugar de la carga de enfermedad nacional con un AVISA de 17,4%. (Ramos, C. y Ángeles, M., 2015). En cuanto a los resultados sobre el área funcional afectada, en el presente estudio se reporta que existe compromiso del funcionamiento laboral en el 48.5% de la muestra estudiada que está conformada en el 78% por pacientes que desempeñan actividad laboral. Lo señalado, sumado a los porcentajes del compromiso del funcionamiento social que alcanza el 21.2% y el del cuidado personal el 15.2%, serían en este trabajo, la expresión de la asociación entre la patología encontrada y las discapacidades como consecuencia de la enfermedad. Al respecto, merece destacar que al no formularse el diagnóstico del compromiso funcional producido por las enfermedades, se las excluye del plan terapéutico a pesar de las múltiples recomendaciones ya señaladas

En cuanto a los factores ambientales y/o circunstanciales que afectan a la salud, registrados en el Eje III, éstos son ampliamente reconocidos por la condición social del hombre que se encuentra inmerso en el medio ambiente y sometido a sus influencias (Polo, C. 2013). A pesar de ello no se ha valorado su importancia para comprender los procesos patológicos bajo su influencia como factores de riesgo o de fortaleza en la presentación, tratamiento y evolución de las enfermedades. (Regier, et al, 2011). Los resultados sobre los factores sociales relacionados a la patología que presentan los pacientes estudiados, informan sobre la presencia de problemas en la relación familiar en el 33,3%, que sumados al registro de antecedentes de familiares con enfermedades oncológicas en el 24,3%, con enfermedades mentales en el 21,2% y con otras enfermedades en el 6,1%, constituyen el 84,9% de la muestra, frecuencia que por su magnitud, permite

confirmar lo señalado acerca de la influencia de la diversidad de los factores sociales que repercuten directa o indirectamente en el bienestar de las personas de manera compleja y que es la familia en la mayoría de las sociedades, la encargada de la transmisión de estas influencias. (Zurro, A, Cano, J. 2010).

Por todo lo expuesto, conviene destacar lo señalado por el Colegio Internacional de Medicina Centrada en el Persona, que propone que la atención médica debe estar dirigida a cubrir adecuadamente la salud integral y el bienestar de la persona al igual que sus enfermedades y discapacidades (Mezzich, J., 2011), en concordancia con lo que se sustenta en La Declaración de Salud de los Pueblos, que recomienda la atención primaria integral, como un sistema de salud más equitativo y con mejores resultados. (Baum, F., 2007)

## CAPÍTULO 5: IMPACTOS

### CONCLUSIONES

- Mediante la aplicación del modelo de Diagnóstico Multiaxial propuesto por la OMS a través de la CIE -10, en el presente estudio ha sido posible registrar en los pacientes seleccionados del Servicio de Medicina Interna N° 1 del Hospital Guillermo Almenara, además de la patología biomédica motivo de la hospitalización, la presencia de trastornos mentales en el 51.5%, de compromiso funcional como consecuencia de la enfermedad en el 97%, y factores sociales y circunstanciales que afectan el estado de salud en el 87.9%.
- En el presente estudio se muestra que la presencia de los trastornos mentales, el compromiso funcional como consecuencia de la enfermedad y los factores que influyen en el estado de salud encontrados, no fueron registrados en la evaluación médica realizada durante la hospitalización de los pacientes de la muestra
- La enfermedad biomédica que presentaban los pacientes es variada y compromete diferentes órganos y sistemas. Agrupadas de acuerdo a los factores causales, la patología oncológica maligna representa el 27% de la muestra, le siguen en orden de frecuencia los procesos infecciosos con el 21% y en el 52% restante se distribuyen diversas enfermedades con proporciones que no superan el 6%.
- Entre los trastornos mentales diagnosticados, el episodio depresivo con una proporción del 41%, es la patología más frecuente, seguido con el



35%, por los trastornos de adaptación relacionados a la enfermedad biológica motivo de la hospitalización.

- El compromiso funcional como consecuencia de la enfermedad física y mental, se encuentra en el 97% de los pacientes estudiados, siendo las áreas de funcionamiento laboral, funcionamiento social y cuidado personal, las más afectadas.
- Entre los factores sociales que influyen en la enfermedad, destacan en el grupo estudiado, la existencia de problemas en la relación familiar en el 33.3% y de antecedentes de familiares con enfermedades oncológicas y de enfermedades mentales en el 24.3% y en el 21.2% respectivamente.

## RECOMENDACIONES

- Replicar el presente estudio en poblaciones que son atendidas en centros de Salud de Atención Primaria en las especialidades de Medicina, Ginecología y Obstetricia, Cirugía, y Pediatría, con el objeto de aportar mejor representatividad y obtener mayor valor estadístico.
- Plantear la posibilidad de implementar el modelo de diagnóstico multiaxial, en la elaboración de la HC que realizan los estudiantes de medicina de Pre Grado y Post Grado, con la finalidad de atender las urgentes demandas de atención, con un enfoque integral de la salud.
- Considerar la necesidad de desarrollar programas de capacitación tanto para los estudiantes de medicina, como para los profesionales médicos, a fin de modificar el modelo unidimensional de diagnóstico y lograr la aplicación de un enfoque de diagnóstico multiaxial para la atención integral de salud.
- Evaluar la importancia de incluir en el planteamiento terapéutico de todo paciente motivo de atención, una participación multidisciplinaria e intersectorial actuando de manera complementaria, con la intención de garantizar una atención integral y de calidad que permita en lo posible, la recuperación de su salud.
- La información que ofrece el estudio presentado, proporciona elementos que justifican aplicar un modelo de diagnóstico multiaxial posible de realizar en la práctica médica, con la pretensión de incluir en el diagnóstico y consecuente tratamiento, los componentes psicosociales de la salud que afectan a los pacientes que reciben atención médica, con el fin de aplicar un enfoque integral de la salud paralelo al desarrollo tecnológico de la medicina.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aranda, F. (2018). Depresión en pacientes pediátricos con estancia hospitalaria prolongada y en cuidadores primarios en el Instituto Nacional de Salud del Niño en el 2014 (Tesis Pregrado) UNMSM. Lima. Recuperado de <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/9993>
- Asociación Americana de Psiquiatría, 2013. Guía de Consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington, VA. Asociación Americana de Psiquiatría.
- Baffigo, V., La Rosa, M., Rojas, A. 2015. Perfil Epidemiológico de la Población Asegurada por Redes Asistenciales. Lima. Perú. Seguro Social de Salud.
- Baum, J. 2007, febrero. Salud para todos, ahora. Reviviendo el espíritu de Alma Ata en el siglo veintiuno. Medicina Social - 2 (1), pp.37- 46. Recuperado de: [www.medicinasocial.info/index.php](http://www.medicinasocial.info/index.php)
- Bello, L. & Lizárraga, A. (2016). Frecuencia de depresión mayor sub diagnosticada y factores relacionados en pacientes adultos hospitalizados en dos hospitales generales de Lima (Tesis Pregrado) UPCH. Lima. Recuperado de <http://repositorio.upch.pe/handle/1418>
- Bobes, J., Portilla, M., Bascarán, M., Sáiz, P., & Bousoño, M. (2002). Banco de instrumento básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. España. Ars Médica.
- Bojórquez, G., et al. 2012. Colegio Médico del Perú: Propuesta de Reforma de la Salud Mental en el Perú. Acta Med Per 29(1) pp.43-46
- Campo, A. 2003, febrero 10. Hacia un Abordaje Integral: el diagnóstico multiaxial. MEDUNAB. 6(16) pp.32 – 35

Campos, M., Sotolongo, Y. & López, M. (2010). Psiquiatría de enlace en pacientes con afecciones reumatológicas. Rev. Cubana de Reumatología. XII (15), pp. 6 - 11.

Castellá, S. 2011. Psiquiatría para médicos no psiquiatras. México. Editorial Médica Panamericana.

CIE-10. OMS. 1992 Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y Pautas Para el Diagnóstico. Madrid. MEDITOR.

CIE-10. OPS. 1997. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Washington. Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS). Lima. Perú

Defensoría del Pueblo, 2010. Salud Mental y Derechos Humanos: Supervisión de la política pública, la calidad de los servicios y la atención a poblaciones vulnerables. Perú. PNUD.

Desjarlais, R., Eisenberg, L., Good, B., & Kleinman, A. 1997. Salud Mental en el Mundo. Problemas y prioridades en poblaciones de bajos recursos. Washington. Organización Panamericana de la Salud. PALTEX.

Franco JG, Gómez PE, Ocampo MV, Vargas A, Berríos DM. 2009. Prevalencia de trastornos psiquiátricos en pacientes médico quirúrgicos hospitalizados en la Clínica Universitaria Bolivariana de Medellín, Colombia 2005. Rev. Méd. Chile.137(1) pp.133-135. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000100025>

Gofin, J., & Levav, I. 2009. Examen preliminar de la comunidad al diagnóstico comunitario de la salud. Salud Mental en la Comunidad. OPS. pp. 51-60. Washington. PALTEX.

Goldberg, D., Simms, L., Gater, R., & Krueger, R. 2011. Integración de Espectros Dimensionales de Depresión y Ansiedad en Diagnósticos Catoriales para la Práctica Médica General. DSM – 5 Evolución conceptual. pp.17-30. España. Editorial Médica Panamericana.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), 2017. Lima Metropolitana. Recuperado de: [proyectos,inei.gob.pe/biblioinei.pub/anexo\\_007.htm](http://proyectos.inei.gob.pe/biblioinei.pub/anexo_007.htm).

Instituto Nacional de Salud Mental, 2013. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao. Replicación 2012. *Anales de Salud Mental*. XXIX. (1) pp.106-112.

Instituto Nacional de Salud Mental, 2009. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Rural 2008. *Anales de Salud Mental*. XXV (1 y 2) pp.31-37

Instituto Nacional de Salud Mental, 2009. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Rural 2008. *Anales de Salud Mental*. XXV (1 y 2) pp.38-39

Instituto Nacional de Salud Mental, 2009. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Rural 2008. *Anales de Salud Mental*. XXV (1 y 2) pp.46 -48

Leonardo, W., Villalobos, M., & León, F., 2016, Nivel de conocimientos sobre depresión mayor en médicos de atención primaria en Lambayeque, Perú, 2014. *Revista de Neuro-Psiquiatría* 79(1) pp.23 -30

Majluf, E. 1973. *Sobre los Fundamentos de la Psiquiatría Infantil* (Un Ensayo de Epistemología General). (Tesis Doctoral). Universidad Peruana Cayetano Heredia. Perú

Mardomingo, M., 2015. *Tratado de Psiquiatría del niño y del adolescente*. España. Díaz de Santos.

Mezzich J. Setiembre de 2015. Marco Teórico de la Medicina Centrada en la Persona. *Curso Internacional de la Medicina Centrada en la Persona. Resúmenes*. UNMSM. Lima. Perú.

Mezzich, J., Zapata, M., & Schwartz, K. 1995. La nueva clasificación internacional de enfermedades y el diagnóstico multiaxial en medicina general. *Revista Médica Herediana* 6(4) pp.187 - 192

Ministerio de Salud (MINSA) 2012. Aportes para la Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud. Lima-Perú. Recuperado de <http://www.medicusmundi.pe>.

Ministerio de Salud, 2007. Plan Nacional Concertado de Salud. Lima-Perú. RM N°1081/ Comisión encargada de elaborar la Propuesta Técnica del Plan Nacional Concertado de Salud.

Ministerio de Salud, 2006. Plan Nacional de Salud Mental. Lima-Perú. Documento Técnico Normativo. Consejo Nacional de Salud. Comité Nacional de Salud Mental. Recuperado de [http:// www. minsa.gob.pe](http://www.minsa.gob.pe).

Ministerio de Salud, 2005. Módulo de Atención Integral de Salud Mental. N°9. Lima-Perú. Recuperado de [http:// www. Minsa.gob.pe](http://www.Minsa.gob.pe).

Organización Mundial de la Salud. 2008. Informe de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud. Ginebra. Recuperado de: [https://www.who.int/social\\_determinants/final\\_report](https://www.who.int/social_determinants/final_report)

Organización Mundial de la Salud. 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Recuperado de: <http://www.who.int/whr>

Organización Panamericana de la Salud. 2007. La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas. Documento de Posición OPS/OMS

Ornelas-Mejorada, R., Tufino, M. & Sánchez-Sosa, J. 1911. Ansiedad y Depresión en Mujeres con Cáncer de Mama en Radioterapia. *Acta de Investigación Psicológica*, 1(3), pp. 401-4014. UNAM. México MS. Washington, D.C: OPS, © ISBN

Plan Nacional Concertado de Salud 9/2007, de 20 de julio. Instrumento de gestión y de implementación de políticas de salud. Ministerio de Salud. USAID/Perú. OPS. Lima

Polo, C. 2013. Importancia del Medio Ambiente en la Salud. *Medio Ambiente. Cuadernos de Debate en Salud*. pp. 54-58. Lima, Perú. Fondo Editorial Comunicacional del Colegio Médico del Perú.

Ramos, C., & Ángeles, M. 6/2015. La salud mental en el Perú: perspectivas para la creación e implementación de un subsistema de vigilancia. *Boletín Epidemiológico (Lima) MINSA* 24(25), pp.495-496. Recuperado de: <http://www.dge.gob.pe/boletín.php>

Regier, D., Narrow, WQ., Kuhl, E., & Kupfer, D. 2012. DSM – 5. Evolución conceptual. España. Editorial Médica Panamericana.

Revuelta, E., Segura, E., & Paulino J. 2010. Depresión, ansiedad y fibromialgia. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 17 (7), pp. 326 – 332

Rodríguez, J., Kohn, R., & Levav, I. 2009. Introducción. *Salud Mental en la Comunidad*. OPS. pp. 27-36. Washington. PALTEX.

Rodríguez, J. 2009. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. *Salud Mental en la Comunidad*. OPS. pp. 3-10. Washington. PALTEX.

Sadock, B., Sadock, V. 2007. Kaplan & Sadock. *Manual de Psiquiatría Clínica*. USA. Lippincott Williams & Wilkins.

Sadock, B., Sadock, V. 2005. Kaplan & Sadock. Sinopsis de Psiquiatría. Barcelona. Ed. Waverly Hispánica.

Saraceno, B., & Fleischmann, A. 2009. La Salud mental desde una perspectiva mundial. Salud Mental en la Comunidad. OPS. pp. 13 -21. Washington. PALTEX.

Seguro Social de Salud (EsSalud), 2016. Plan “Cuidado de la Salud Mental en EsSalud. Gerencia Central de Prestaciones de Salud. Lima – Perú. Editado por el Seguro Social de Salud.

Sinche-Espinal, Alexander. 2017. Un nuevo paradigma para la psiquiatría. Revista Peruana de Psiquiatría. 7 (1) pp. 29-49.

Spitzer R, K., Williams, J., & Löwe, B. 2006. A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety DisorderThe GAD-7. Arch Intern Med. 166(10) pp. 1092–1097.

Wang, P., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Lee, S., Schoenbaum, M., & Ustun, T. 2012. Evaluación de trastornos mentales y uso de Servicios en distintos países. Iniciativa de Encuesta Mundial de Salud Mental de la OMS. DSM-5 Evolución Conceptual. pp.220-231. España. Editorial Médica Panamericana.

Zurro, A., & Cano, J. 2010. *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica*. Barcelona. ELSEVIER.



**ANEXO 1****FÓRMULA PARA EL CÁLCULO DEL  
TAMAÑO DE LA MUESTRA**

$$n = \frac{Z^2 p(1-P)}{d^2}$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra

Z = Nivel de confianza

p = La prevalencia a priori

d = Nivel de precisión

**ANEXO 2**

**HOSPITAL NACIONAL GUILLERMO ALMENARA**  
**DEPARTAMENTO DE PSIQUIATRÍA**

**HISTORIA CLÍNICA**

Fecha . . . . . Servicio . . . . . Cama: . . . . . Médico

Tratante: . . . . .

Nombre; . . . . . Sexo: . . . . . Edad: . . . . .

Estado civil: . . . .

Instrucción: . . . . . Ocupación: . . . . .

Religión: . . . . .

Natural . . . . .

Dirección: . . . . .

MOTIVO DE INGRESO:

ENFERMEDAD ACTUAL: Aspectos psicopatológicos

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA: Personales y familiares

## EXAMEN MENTAL

- Aspecto general
- Conciencia: estado de vigilia, orientación
- Atención: dirección de la atención (exterior o interior)
- Percepción: captación de estímulos, falsas percepciones
- Intelecto: nivel de información, capacidad de pensamiento abstracto
- Memoria: inmediata, remota
- Pensamiento: asociación de ideas, tiempo y ritmo. Coherencia. Características del contenido, preocupaciones, ideas fijas, fantasías, ideas delusivas
- Afecto: intensidad de la respuesta emocional, calidad del humor prevalente, euforia, rabia, miedo, tristeza, pesimismo, minusvalía, culpa, llanto
- Acción: nivel de energía, capacidad de realización. Inquietud, impulsividad, rituales
- Instintos: sueño, apetito, sexualidad, funciones excretorias.

## ANEXO 3

### FORMATO DEL DIAGNÓSTICO MULTIAXIAL

Pacte.(Inic):..... N° Estudio:..... Med.Trat.(inic)..... Fecha.....

Eje I.a: Diagnósticos clínicos del trastorno mental (CIE – 10)

Eje I.b: Trastornos de Personalidad y/o desarrollo (CIE – 10)

Eje I.c: Patología Médica no Psiquiátrica (Capítulos correspondientes de CIE-10)

Eje II.a: Deterioros (adaptación de la escala de evaluación de discapacidades de la OMS).

0 Ninguna Disfunción.

1 Disfunción Mínima. 20%

2 Disfunción Obvia. 40%

3 Disfunción Severa. 60%

4 Disfunción Muy Severa 80%

5 Disfunción Máxima 100%

6 No Aplicable

Eje II b: Área de Funcionamiento Comprometida

1. Cuidado personal y supervivencia.

2. Funcionamiento ocupacional / Educativo

3. Interacción con la familia

4. Funcionamiento en otras actividades (Socialización)

Eje III: Factores Sociales y Circunstanciales (Códigos Z de CIE – 10).

## ANEXO 4

### MODELO DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO

Presentación, como parte de la entrevista médica y el inicio de la relación médico paciente.

Sr. (Sra.)

- Le invitamos a participar en esta investigación, que consiste en registrar además del diagnóstico de la enfermedad física por la cual se hospitalizan los pacientes en este Servicio, también si ocurre algún trastorno mental, las dificultades que ocasionan estas enfermedades para continuar realizando las actividades corrientes del diario vivir y si hay en su entorno aspectos sociales que pueden afectar su salud.
- Se ha programado realizar esta investigación porque consideramos importante que a todos los pacientes que reciben atención médica, se les entreviste para conocer no sólo el estado de su salud física, sino también el estado de su salud mental y los aspectos sociales que pueden afectarlos, lo cual es trascendente para dar un tratamiento integral
- Su participación en este estudio es voluntaria y si no aceptara, bajo ninguna circunstancia se verá afectada su atención.
- Le garantizamos que la información que nos proporcione se mantendrá con la mayor reserva y en forma anónima.

Muchas gracias.